

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

VACATURE TE BEIRUTH

Bij de United Nations Relief and Works Agency bestaat een vacature voor een „Public Health Officer”, die als „Chief Medical Care Division” in het hoofdbureau te Beiruth van genoemd Agency zal optreden.

Zij, die voor deze post in aanmerking wensen te komen moeten over een ruime ervaring op het terrein van de volksgezondheidsadministratie beschikken, alsmede over een uitstekende kennis van de Engelse taal. De taak van deze functionaris zal zijn de technische supervisie en de uitbouw van de bestaande diensten, alsmede de planning van de volksgezondheidszorg. Het salaris ligt op het niveau gebruikelijk bij internationale organisaties.

Zij die in aanmerking wensen te komen, worden verzocht zich schriftelijk te richten tot de Directeur voor Internationale Volksgezondheidszaken, Mr. J. LE POOLE, Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Javastraat 1c, Den Haag, onder opgave van opleiding, ervaring en referenties.

Amsterdam, 20 december 1961

REDACTIE

MEDISCHE PRAKTIJK IN DE FEDERATIE VAN RHODESIA EN NYASALAND

Het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (Directie Volksgezondheid) deelt ons het volgende mede:

De Regering van de Federatie van Rhodesia en Nyasaland heeft onlangs wettelijke voorzieningen getroffen, die het mogelijk maken, dat artsen en tandartsen, die in het bezit zijn van niet-Britse diploma's worden ingeschreven in het „Medical or Dental Register” van de drie gebiedsdelen van de Federatie. Voorwaarde is, dat betrokkene zijn praktijk mag uitoefenen in het land, waar hij zijn opleiding heeft genoten en voorts, dat hij beschikt over een adequate kennis van de Engelse taal. Buitenlanders, die in de Federatie praktijk willen uitoefenen onder de voorwaarden van de nieuwe wetgeving, moeten verder voldoen aan de normale vereisten voor toelating tot de Federatie.

De erkenning van buitenlandse diploma's geldt zowel bij indiensttreding bij de Federale overheid als bij zelfstandige praktijkvestiging.

Voor Nederlandse artsen die zich in de Federatie willen vestigen, is het in het algemeen aan te bevelen, dat zij uitgaan in dienst van de Federale overheid. De arbeidsvoorwaarden zijn in dat geval gunstig en een werkkring bij de overheid biedt de mogelijkheid om zich geleidelijk aan vertrouwd te maken met de medische praktijk in de Federatie.

Zowel bij het „Department of Health” als bij het „Medical Corps” van de Federale Strijdkrachten bestaan vacatures. Bij het „Department of Health” kunnen Nederlandse artsen als „Government Medical Officers” worden geplaatst wanneer zij de leeftijd van 50 jaar nog niet hebben overschreden, en een goede kennis bezitten van de Engelse taal. Vacatures bij het „Department of Health” betreffen bijna alle terreinen van de curatieve en preventieve geneeskunde.

Het aanvangssalaris bedraagt, inclusief toelagen, afhankelijk van kennis en ervaring £ 2.000 - £ 2.400 per jaar. Dit salaris loopt in enkele jaren op tot £ 2.800 per jaar. Binnen het „Department of Health” bestaan meer dan 100 „senior posts”, waaronder zijn begrepen de voornaamste specialisten. Promotie tot deze functies die een bruto-salaris bieden tussen £ 3.018 en £ 4.365 per jaar, zijn mogelijk voor alle gouvernementsartsen, die daartoe de geschikte capaciteiten hebben. Een functie bij het „Department of Health” houdt een gunstige verlofregeling in, alsmede een aantrekkelijke pensioenregeling, een lage inkomstenbelasting en goede on-

derwijsmogelijkheden voor kinderen. De overtocht naar de Federatie van de geselecteerde artsen en hun gezinnen wordt betaald door de Federale regering.

Voor officieren van gezondheid in het Leger of bij de Luchtmacht gelden dezelfde voorwaarden in grote lijnen. Zij oefenen de medische verzorging uit van de Europese en Afrikaanse leden van de strijdkrachten en hun gezinnen.

In het Engels gestelde sollicitaties met pasfoto of verzoeken om uitvoeriger inlichtingen dienen zo spoedig mogelijk te worden gericht aan de afdeling Internationale Volksgezondheidszaken van het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Javastraat 1c, Den Haag.

Amsterdam, 20 december 1961

REDACTIE

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bespoediging van plaatsing behoudt de Redactie zich het recht voor, de stukken te bekorten).

DE TOEPASSING VAN ORALE ANTICOAGULANTIA BIJ AFWIJKINGEN VAN DE KRANSSLAGADEREN

Het is zeer toe te juichen dat GUSSENHOVEN (1961) nog eens helder en duidelijk stelt dat de langdurig voortgezette orale en antistollingstherapie geen panacee kan zijn voor aandoeningen van de kransslagaderen, een inzicht dat wel eens teloor dreigt te gaan.

Zijn bewering, dat er over het nut van deze therapie geen betrouwbare gegevens bestaan, is echter onjuist.

De publikatie van BJERKELUND (1957) is door GUSSENHOVEN blijkbaar alleen genoemd om KATZ te citeren; het werk van BORCHGREVINK (1960) wordt in het geheel niet vermeld, zelfs niet in het naschrift. Beide auteurs hebben met gecontroleerde proefnemingen, die aan hoge statistische eisen voldoen, het nut van langdurig voortgezette coumarine-therapie aangetoond.

De kritiek van GUSSENHOVEN op het onderzoek van de British Medical Research Council (PICKERING; report 1959) is van twijfelachtige waarde: VAN GUSSENHOVEN suggereert alleen, toont echter niet aan, dat de samenstellingen van de groepen, zoals die zijn opgegeven, niet door toeval alleen bepaald zijn.

Er zijn verder ernstige bezwaren aan te voeren tegen de wijze waarop GUSSENHOVEN het percentage patiënten berekent bij wie de antistollingstherapie op theoretische gronden van nut kan zijn. Hierbij gaat hij namelijk uit van obductie-materiaal. Dit zal „vroeg dood” moeten betreffen, wil de afsluitende factor als zodanig te herkennen zijn. Collega GUSSENHOVEN voert echter geen argumenten aan voor zijn mening, dat de acute sterfte bij afsluitingen ten gevolge van kransvaattrombose procentueel even groot is als die bij afsluitingen door andere oorzaken.

Ten aanzien van het bloedingsgevaar zijn de door GUSSENHOVEN weergegeven getallen tendentiek geselecteerd te achten. Bovengenoemde auteurs vonden namelijk dat de frequentie van bloedingen met klinische betekenis hooguit een per tien patiëntenjaren bedraagt. Hierbij dient vermeld te worden, dat het zoeken naar een provocerende substraatfactor veelal beloond wordt, zeker wanneer de stolbaarheid niet beneden de therapeutische norm verminderd is (diagnostische bloeding; JORDAN 1961). Onze ervaringen zijn hiermee geheel in overeenstemming.

Op grond van de gegevens van BJERKELUND, de B.M.R.C. en BORCHGREVINK staat dan ook vast, dat een goed geleide langdurige antistollingstherapie de prognose van kransvaataandoeningen verbetert, zonder onverantwoord risico voor de patiënt, mits de contra-indicaties in acht worden genomen.

Literatuur: BJERKELUND, C. J. (1957) The effect of long-term treatment with dicoumarol in myocardial infarction. A controlled clinical study. *Acta med. scand.* **158**, suppl. 330. — BORCHGREVINK, C. F. (1960) Long-term anticoagulant therapy in angina pectoris and myocardial infarction. *Acta med. scand.* **168**, suppl. 359. — GUSSENHOVEN, G. A. (1961) De toepassing van orale anticoagulantia bij afwijkingen van de kransslagaderen. *Ned. T. Geneesk.* **105**, 2260. — JORDAN, F. L. J. (1961) Bloeding door stollingwerende middelen als diagnostisch hulpmiddel. *Ned. T. Geneesk.* **105**, 2317. — Report of the working party on anticoagulant therapy in coronary thrombosis to the Medical Research Council (1959) An assessment of long-term anticoagulant administration after cardiac infarction. *Brit. med. J.* **I**, 803.

Schiedam	} 20 november 1961	B. VAN DER ESCH
Leiden		E. A. LOELIGER
Utrecht		K. PUNT
Den Haag		J. ROOS

De publikatie van BJERKELUND was mij uiteraard wel bekend, doch werd niet aangehaald — evenmin als vele andere publikaties — omdat de Medical Research Council aangeeft, dat „a review of previous studies has shown that there has been little agreement on the efficacy of anticoagulant therapy in lowering the risk of death of recurrent infarction”.

Het werk van BORCHGREVINK was mij destijds nog niet bekend. Ik mis daarin echter de voor een goed biometrisch onderzoek noodzakelijke controlegroep. Het lijkt mij verder gewaagd, zijn uitspraak over prognose (na 2¹/₂ jaar observatie) te aanvaarden bij een aandoening (angina pectoris), waarbij de gemiddelde overlevingsduur van de patiënt op 13 jaar wordt geschat.

Kan verder, in het werk van BORCHGREVINK, de verhoogde sterfte in de groep met weinig vertraagde stolling (die als controlegroep is gebruikt) niet worden verklaard door de waarneming van MURPHY c.s. (1961), die juist het tegenovergestelde effect waarnemen in vitro en in vivo? Een „halfzachte” antistolling is erger dan geen antistolling.

Helaas mis ik in de mededeling van VAN DER ESCH c.s. recente mededelingen van BROWN c.s. (1961) en CONRAD c.s. (1961) op de 34e wetenschappelijke vergadering van de American Heart Association. Zij melden op zeer objectieve gronden, dat zij in het geheel geen voordeel van voortgezette antistollingstherapie na myocardinfarct hebben kunnen vaststellen.

Inderdaad wekt het onderzoek van de British Medical Research Council de indruk dat de samenstelling van de groepen niet homogeen is; de aangegeven factoren leeftijd en diabetes wijzen in die richting. Daar er niet gesproken wordt over vetzucht, hypertensie, beroep, erfelijkheid, dieet, functionele status, additionele therapie, en evenmin over de ernst van het doorgemaakte infarct — prognostische factoren die bij een mechanische tabulering toch heel simpel in een onderzoek kunnen worden betrokken — neem ik aan, dat hier inderdaad op zijn hoogst een schijnbare homogeniteit mag worden aangenomen.

Het is jammer, dat de inzenders het gebrek aan verificatie door obductie onbesproken laten, verder ook voorbijgaan aan de paradoxale waarnemingen, dat bij onbehandelde patiënten de frequentie van het re-infarct afneemt op latere leeftijd en dat bij doeltreffende therapie de beste prognose wordt verkregen, indien er voorheen reeds een of meer infarcten zijn geweest.

Waarom is voortgezette antistollingsbehandeling na myocardinfarct maar 6 maanden van betekenis? Waarom alleen bij mannen en dan beneden de 55 jaar? Hoe is dit te rijmen

met het inzicht en de ervaringen van WRIGHT (1954), die voorstander is van levenslange behandeling en verder ook geen betekenis toekent aan geslacht of leeftijd?

Het lijkt mij goed en noodzakelijk, bij het bepalen van het pathologische substraat gebruik te maken van obductiegegevens. De betrouwbaarheid van de genoemde gegevens staat vast: BLUMGART is reeds meer dan 20 jaar op dit gebied werkzaam; hij is, mede op grond van zijn verdiensten, hoofdredacteur van *Circulation*.

Waarom zou de acute sterfte bij occlusie door trombose niet gelijk zijn aan die door andere oorzaken? Is deze sterfte bij trombotische afsluiting groter? Zien VAN DER ESCH en LOELIGER c.s. hierin een reden voor toepassing van anticoagulantia?

Misschien had MASTER (1961) deze acute sterfte in gedachte, toen hij antistolling toepaste bij een groep patiënten met angina pectoris, die hem kans leken te maken op coronaria-occlusie, zulks op grond van plotselinge veranderingen in de aard van de stenocardie, de samenhang met inspanning en het nut van nitroglycerine.

Vergeleken met een controlegroep hadden patiënten die hij met anticoagulantia behandelde duidelijk meer acute coronaria-insufficiëntie, en ook occlusie; zelfs de sterfte was ruim drie maal zo groot.

Ten aanzien van het bloedingsgevaar wordt mij een tendentieuze selectie verweten; de meerderheid van de door mij genoemde auteurs zijn echter voorstanders van antistollingstherapie.

Ten overvloede bericht ik nog, dat bij een onderzoek onder auspiciën van WRIGHT (FISHER 1961) betreffende o.a. de behandeling van hersentrombose de met antistollingmiddelen behandelde patiënten een grotere sterfte toonden dan de controlegroep, een derde kwam te overlijden door bloeding. In een soortgelijk onderzoek (BAKER 1961) zag men onder de met antistollingmiddelen behandelde een bijna twee maal zo grote sterfte en ruim zes maal zoveel bloedingen als in de controlegroep.

Mijns inziens blijft de vraag over de waarde van voortgezette antistollingstherapie na myocardinfarct onbeantwoord.

Reeds in 1958 zeide A. CARLTON ERNSTENE over antistolling: „the very fact that a question cannot be settled by a large number of investigators studying many patients for a long time, suggests that the agent is probably not completely effective. When a therapy appears that is really effective, reasonable investigators can quickly agree on the results”.

Literatuur: BAKER, R. N. (1961) An evaluation of anticoagulant therapy in the treatment of cerebro-vascular disease. *Neurology (Minneap.)* **11**, 132. — BROWN, K. W. G., R. L. MACMILLAN en E. J. G. NOBLE (1961) Current status of anticoagulant therapy after myocardial infarction. *Circulation* **24**, 895. — CONRAD, L. L., G. L. HONICK, C. W. WIGGINS en J. D. KYRIACOPOULOS (1961) Double blind study of the effectiveness of long-term anticoagulant therapy in myocardial infarction. *Circulation* **24**, 908. — ERNSTENE A. C. (1958) in L. N. KATZ, Symposium on unsettled clinical questions in the management of cardiovascular diseases. *Circulation* **18**, 430. — FISHER, C. (1961) Anticoagulant therapy in cerebral thrombosis and cerebral embolism. *Neurology (Minneap.)* **11**, 119. — MASTER, A. M. (1961) Anticoagulant therapy in the promonitory phase of acute coronary occlusion („Impending infarction”). *Circulation* **24**, 990. — MURPHY, E. A. en J. F. MUSTARD (1961) Platelet economy during moderate and intensive dicoumarol therapy. *Lancet* **II**, 960. — WRIGHT, I. S., C. D. MARPLE en D. F. BECK (1954) *Myocardial infarction*. New York.

Breda, 7 december 1961

G. A. GUSSENHOVEN